



I MUNICIPALIDAD DE COIHUECO
DEPTO. DE SALUD

CESFAM _____

CERTIFICADO ATENCION MORBILIDAD

El Médico que suscribe, certifica haber atendido a Don(a)

Máximo Perda Araya Ficha Clínica N° _____

Quien presenta cuadro Bronquial

Por lo que se indica Reposo por 10 días.

Dr.
C.I.

Dra. Francisca Riffó S.
Médico Cirujano
RUT: 17.758.543-3
RCM: 33912-2

Dado en Coihueco a 18 de mayo de 20 22